

CIÊNCIA, FÉ E MEDICINA BASEADA NA EVIDÊNCIA

SCIENCE, FAITH AND EVIDENCE BASED MEDICINE

José Delgado Alves¹

Palavras-chave: Medicina Baseada na Evidência

Em 1927, Georges Lemaître, um cosmólogo e teólogo belga publicou um artigo que propunha uma solução para as questões levantadas pela teoria da relatividade geral e da forma como esta não conseguia englobar o conceito de um universo em expansão. Este estudo viria mais tarde a ser a base conceptual da teoria da formação do universo, denominada como *Big Bang*. E começaram os problemas... A Igreja católica, confrontada com a sugestão de que o universo poderia não ter sido criado por mão divina reagiu e o padre cientista teve de justificar a sua posição. Mais tarde, e perante o facto de esta teoria não explicar o que teria acontecido no primeiro segundo de existência do universo, veio a conciliação: "Não importa como o universo se desenvolveu ou como seria no início. O primeiro impulso foi divino!"

Quase um século depois desta história, estamos confrontados com a mesma questão ainda que num contexto diferente. Estamos na era da Medicina Baseada na Evidência (MBE) e tal como a posição apresentada na altura pelas altas instâncias religiosas também agora se pretende justificar tudo com a evidência indiscutivelmente expressa em estudos. Tudo o resto é irrelevante, desde que se cumpra o desígnio científico do ensaio controlado!

Mas, comecemos pelo princípio: olhemos para este dado perfeito que é o facto desta medicina clínica ser baseada na evidência! Quer isto dizer que mais nenhuma forma de conhecimento médico o é? Então todos os estudos básicos, translacionais, pré-clínicos não apresentam qualquer "evidência"?

E o reverso da medalha não é menos verdade: todos os estudos clínicos controlados, aleatorizados, publicados e impostos são detentores da verdade incondicional? Por isso se achou que a insuficiência cardíaca diastólica (conforme era conhecida na altura) não seria relevante, que os inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECAs) tratavam a hipertensão nos indivíduos de raça negra ou que o Rituximab é ineficaz no lupus sistémico! É que não foi nenhum ensaio clínico controlado que demonstrou estes "pequenos erros" da prática médica, mas a avaliação dos doentes que não respondendo a estas terapêuticas, teriam de ser estudados de outra forma.

Em 1996, Sackett definiu MBE como "O uso consciencioso, explícito e judicioso da melhor evidência actual na elaboração de decisões no tratamento de um doente individual"¹.

Vejo aqui dois problemas: a) o facto de utilizar na definição a mesma expressão que é definida: "evidência"! E na realidade ninguém determina o que é evidência no contexto da ciência médica. Cair de um avião em pleno voo é evidentemente fatal, mas não há estudos controlados,... e já existiram excepções! Logo devemos ou não recomendar a queda? b) utilizam-se estudos (estatística) para decidir o doente individual. Como conciliar isso com outra "evidência": "tratamos doentes e não doenças" e "cada caso é um caso"!

E temos as respostas certas? Quer isso dizer que temos as perguntas mais adequadas? Então como justificar redes de investigação internacionais a tentar tornar os ensaios clínicos independentes da indústria farmacêutica e a tentar que sejam feitos por investigadores independentes, porque naturalmente pode existir um conflito de interesses e nem sempre os objectivos ou os métodos dos ensaios realizados correspondem ao estudo que seria importante fazer?

E sobre estas evidências, fazem-se "linhas de orientação" que por serem evidentes, são indiscutível e evidentemente objectivas. Os exemplos das Normas de Orientação Clínica (NOC) da nossa Direcção Geral de Saúde são aliás um excelente exemplo de idoneidade e isenção!

Dir-se-á que Linhas de Orientação são isso mesmo: para orientar! O problema é quando a orientação se torna regra absoluta como consequência da ignorância, prepotência ou fundamentalismo. Em último caso, invoca-se a necessidade de contenção de custos. Ninguém parece saber que a maneira mais económica de fazer Medicina é... fazê-la bem!

Mas o que mais me assusta (e surpreende) é a impressão crescente nos médicos de que saber (e cumprir NOCs) é por definição conhecer e fazer ciência! E este comportamento é mais comum nos mais novos! Hoje, em qualquer visita ou discussão médica papagueia-se muito mais depressa uma qualquer NOC ou "*Up-to-date*" do que um mecanismo fisiopatológico, uma acção farmacológica ou a etiopatogénese de uma doença que, esses sim, poderiam ser determinantes para aquele doente ou situação particular. E é notável como quanto mais caro é o tratamento, quanto mais difícil é o procedimento, mais se exige o cumprimento de uma regra geral cuja aplicação será sempre sujeita a variações individuais, e menos se confia na equipa que foi seleccionada pela própria instituição para desempenhar esse acto médico.

Importa nesta altura esclarecer que não sou nem nunca fui contra a MBE ou a utilização de Linhas de Orientação,

¹ Director Serviço de Medicina IV, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Amadora, Portugal.

Professor auxiliar convidado, Departamento Medicina, Faculdade de Ciências Médicas Lisboa, Universidade Nova de Lisboa, Portugal.

✉ jose.alves@fcm.unl.pt

apenas contra o fundamentalismo disfarçado de conhecimento científico que as pode rodear. A história da humanidade está cheia de boas ideias mal aproveitadas e na maior parte das vezes foi por cumprimento cego e ausência de espírito crítico ou inteligência.

A MBE e as regras que daí derivam são úteis no tratamento de grupos de doentes semelhantes e que interessa comparar e investigar, são importantes na homogeneização

de procedimentos com vista à optimização de recursos (incluindo o tempo) e podem ser excelentes no ensino e aquisição de experiência clínica. Mas não podem ser colocadas numa condição de “verdade absoluta” pois, como tudo o que não se discute, contribuirá para a diminuição do conhecimento de quem deve saber e para a desresponsabilização de quem pratica.

BIBLIOGRAFIA

1. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996; 312: 71-2.